

MAURICIO CONRADO FARIA PERESSONI

**PERFIL DA MORTALIDADE NEONATAL EM
FLORIANÓPOLIS NO ANO DE 1998**

Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para a
Conclusão do Curso de graduação em
Medicina.

**FLORIANÓPOLIS – SANTA CATARINA
1999**

MAURICIO CONRADO FARIA PERESSONI

**PERFIL DA MORTALIDADE NEONATAL EM
FLORIANÓPOLIS NO ANO DE 1998**

Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para a
Conclusão do Curso de Graduação em
Medicina.

Coordenador do curso: Prof. Dr. Edson José Cardoso
Orientador: Prof. Dr. Fúlvio Borges Nedel

**FLORIANÓPOLIS – SANTA CATARINA
1999**

AGRADECIMENTOS

À meus pais, Carlos e Neusa, minha irmã, Daniella, sem os quais este trabalho não seria possível, por acreditar em meus sonhos e pelo apoio incondicional em todos os momentos de minha vida.

À minha namorada Cíntia, pela revisão gramatical, pela tranquilidade que me proporciona, pela compreensão quando de minha ausência, por estar sempre ao meu lado mesmo que a milhas de distância, por ser tão especial.

Ao meu cunhado Ricardo, pela providencial impressora.

Ao Prof. Dr. Fúlvio Borges Nedel, pela orientação, incentivo, boa vontade e paciência.

Ao Fábio Matos, Jimema Vieira e Sílvio Piepper, funcionários da Secretaria Municipal de Saúde, pela dedicação ao seu trabalho, disponibilidade e prestabilidade, essenciais para os resultados deste trabalho.

Aos colegas que contribuíram para que estes anos de estudos tornem-se uma agradável lembrança.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....01

2. OBJETIVO.....03

3. MÉTODO.....04

4. RESULTADOS.....08

5. DISCUSSÃO.....14

6. CONCLUSÕES.....22

7. REFERÊNCIAS.....23

RESUMO.....26

SUMMARY.....27

ANEXOS.....28

1. INTRODUÇÃO

Mortalidade neonatal compreende os óbitos ocorridos desde o nascimento até o vigésimo sétimo dia de vida.

Da análise dos dados contidos no Sistema de Informação sobre Mortalidade, elaborado pelo Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI) em conjunto com o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), verifica-se que, no intervalo dos anos de 1986 a 1995, o coeficiente de mortalidade neonatal no município de Florianópolis registrou queda de 51%¹.

Os fatores que levam à morte no período neonatal estão relacionados à gestante, à própria criança e ao grau de atenção dispensada ao parto bem como aos cuidados perinatais²⁻⁷.

Uma vez confirmada a gestação, a procura pelo serviço de saúde torna-se imperativa. Consultas regulares e exames de rotina fazem parte do acompanhamento da gravidez. Muitas condições desfavoráveis podem ser detectadas e controladas se não prevenidas, sendo um direito da mãe a realização do pré-natal.⁸⁻¹²

Condições intrínsecas do conceito são diagnosticadas em muitos casos, porém refletem por ocasião, quadros graves de difícil atuação^{9, 10}.

Baixo peso ao nascer é um fator fortemente relacionado à mortalidade neonatal³⁻⁵, de modo que as razões que contribuem para um recém nascido com baixo peso deverão relacionar-se também à sua taxa de mortalidade. Tabagismo e desnutrição materna, por exemplo, causam baixo peso^{3, 13}. São fatores diferentes com conseqüências semelhantes. Diferente também é a abordagem para cada um desses dois exemplos. Enquanto a simples suspensão do hábito de

fumar antes da gravidez ou mesmo no seu início resolveria o primeiro, existe um contexto social envolvendo o segundo caso, de difícil solução, que exige do profissional de saúde o desempenho completo de suas funções. Participar de forma ativa, exercendo liderança, divulgando conhecimento, sugerindo melhorias, enfim, inspirar confiança na comunidade que o cerca, para encontrar uma melhor receptividade às suas condutas.

A gestação, principalmente no período perinatal, é talvez a época mais frágil na vida da mulher. Mudanças acentuadas em seu organismo refletem no seu estado de espírito, na percepção do seu corpo, na convivência com as pessoas que a cercam, enfim, uma mistura de realização pessoal, insegurança, felicidade e ansiedade, entre muitos outros sentimentos que levam a gestante à labilidade emocional e criam expectativa e curiosidade em torno do parto e da criança.

Salvo raros casos em que durante a gestação, percebe-se uma condição do feto incompatível com a vida, a morte neonatal, seja ela precoce ou tardia, torna-se um grande abalo para todos. Não é importante neste momento se o bebê viveu por 1 hora ou 2 semanas, se é um feto não viável de 500 gramas ou se pesou 4000 gramas, se foi ou não planejado e até mesmo se houve contato materno ou não. Foi demonstrado que se não houver qualquer intervenção terapêutica, um terço das mortes perinatais resulta em prognóstico trágico. Em uma série de 56 mães estudadas, 19 desenvolveram distúrbios psiquiátricos.¹⁴

Sabendo que a morte de uma criança no período neonatal pode ser evitada com medidas preventivas, e que existem situações de maior risco⁷ que merecem vigilância,^{2-4, 7} todos os esforços para diminuir estes óbitos são válidos, e conhecer os motivos é essencial para poder combatê-los.

O presente trabalho visa identificar os principais fatores associados ao óbitos neonatais registrados em Florianópolis no ano de 1998. Analisamos não somente a mortalidade neonatal, como também as fontes de dados disponíveis, a eficácia de suas informações e seu grau de disponibilidade.

2. OBJETIVO

2.1 Objetivo Geral

Traçar um perfil da mortalidade neonatal no município de Florianópolis no ano de 1998.

- 2.2 Objetivos específicos

1 - Analisar a mortalidade neonatal em seus dois componentes: precoce e tardio.

2 - Relacionar a mortalidade neonatal com variáveis referentes à gestante e suas condições sócio-econômicas e variáveis ligadas à criança.

3. MÉTODO

3.1 – Apresentação do Campo de Trabalho

O presente estudo foi realizado em Florianópolis, capital do Estado de Santa Catarina, município este com área total de 451 Km², dos quais 438,9 Km² correspondem à parte insular. De acordo com o Censo demográfico de 1996 a população é composta de 271.281 habitantes, sendo 92% na zona urbana e 8% na zona rural.^{12, 15, 16}

A distribuição da população por idade mostra uma pirâmide etária com base larga, porém, comparando-se dados atuais com os de 1980 percebemos o andamento de um processo de transição demográfica, identificado pelo “envelhecimento” da população causado pela diminuição das taxas de natalidade e de mortalidade no início da vida. Este fato contribuiu para o aumento da expectativa de vida, que na década de 80 era de 69 anos, elevando-se para 75 anos em 1991. Há um excedente geral de 8.404 mulheres com uma razão de feminilidade igual a 1,06. (Mulheres: 139.841/Homens: 131.440).^{12, 16}

A economia é baseada no setor terciário, em função de todo aparato administrativo e de órgãos públicos que aqui se encontram, além do apelo turístico de uma ilha como a Capital do Estado, que, contrariando a maioria das demais capitais do País, não se traduz em um pólo econômico estadual. Desta maneira temos que o setor terciário detém 78,92% da população economicamente ativa, restando 18,12% e 2,96 % para os setores secundário e primário respectivamente¹²

Estima-se que 81,7% da população seja alfabetizada¹².

O rendimento médio mensal é de no máximo 02 salários mínimos para 27,85% dos chefes de família, de 01 a 05 salários mínimos para 29,14%, 05 a 10

para 20,19% e 10 a 20 para 13,80%, ao passo que apenas 5,63% dos chefes de família recebem mais de 20 salários mínimos.¹²

Criou-se um fluxo migratório a partir do interior do Estado em busca de oportunidades de trabalho e melhores condições de vida que, inexistentes, geraram o aparecimento de verdadeiros bolsões de pobreza às margens da sociedade local.¹²

O serviço de saúde Municipal está organizado em 49 unidades, sendo um Laboratório de Análises Clínicas, um Núcleo de Atenção Psico-Social-NAPS, uma clínica Odontológica, uma Policlínica de Referência Regional, 32 centros de Saúde I e 15 Centros de Saúde II. Os 47 Centros de Saúde são divididos de acordo com o grau de atendimento prestado. O tipo I conta com atendimento de enfermagem, imunização, clínica médica geral, clínica odontológica geral, pediatria, marcação de consultas e exames especializados e fornecimento de medicamentos básicos. Nos do tipo II, somam-se a estes serviços o atendimento em Ginecologia e Obstetrícia, exame preventivo de Câncer de colo de útero, Nutrição, Planejamento Familiar e coleta de material para exames. Alguns Centros de Saúde contam ainda com serviço de Acupuntura.¹²

A dinâmica deste sistema é planejada para que exista um fluxo constante de pacientes a partir de níveis menos especializados, para os mais especializados. Porém, esta proposta não é seguida por grande parte da população, que muitas vezes procura um serviço mais especializado já no primeiro momento.¹²

A prefeitura de Florianópolis criou o Programa Capital Criança, para combater a mortalidade infantil. Entre outras vantagens, o programa assegura para a gestante, 6 consultas de pré-natal, exame ultrassonográfico na 20ª semana de gestação e consulta pediátrica pré-natal na 34ª semana, dispensando atenção especial à gestante de alto risco. Todas as gestantes domiciliadas em Florianópolis têm acesso a esse serviço, que foi avaliado e aprovado pelo UNICEF e conta com a parceria da Universidade Federal de Santa Catarina, do

Ministério da Saúde, da Secretaria Estadual da Saúde, das Associações Catarinenses de Pediatria e de Ginecologia e Obstetrícia, juntas à Associação Catarinense de Medicina¹²

3.2 – Desenho do Estudo

Para compor o perfil da mortalidade neonatal em Florianópolis, serão avaliados os 49 óbitos neonatais registrados no ano de 1998 decorridos de gestações de mulheres que residem no município em questão¹⁷.

Um estudo de corte transversal, observacional e descritivo foi realizado levando-se em consideração, em relação ao RN, o sexo, peso ao nascer e *causa mortis*, de acordo com a 10ª Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10).¹⁸ As demais variáveis estudadas foram a renda familiar, escolaridade e idade da mãe, local de ocorrência do parto, idade gestacional em semanas, tipo de parto, paridade e a distribuição mensal dos óbitos.

Junto à Secretaria de Saúde Pública de Florianópolis, foi usado como fonte de dados o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) referente ao ano de 1998, através de questionário (anexo I) aplicado por funcionários da própria instituição, em visita domiciliar às famílias nas quais foi registrado óbito em crianças menores de 1 ano. Este sistema forneceu informações sobre idade materna, número de filhos, grau de escolaridade materna e renda familiar.¹⁷

O Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) foi utilizado como fonte de dados para o estudo de algumas variáveis dependentes. Foram colhidas informações contidas na Declaração de Nascido Vivo presentes em maternidades e cartórios de registro civil, cujo fluxograma aparece em anexo (ANEXO4). Este sistema cobre quase que a totalidade dos nascimentos, sendo excluídos apenas os ocorridos em ambiente não hospitalar e não registrados em

cartório civil.^{15, 17} Estes números estão disponíveis na internet, no endereço eletrônico da Secretaria Municipal de Saúde(<http://www.saude.sc.gov.br>).

Faz-se necessária a definição de alguns termos usados para que algumas possíveis dúvidas sejam prontamente esclarecidas.

Óbito neonatal precoce: entende-se daquele ocorrido no período entre o nascimento até o sexto dia de vida (168 horas de vida).¹⁹

Óbito neonatal tardio: entende-se daquele ocorrido no período entre o sétimo e vigésimo sétimo dia de vida.¹⁹

Paridade será definida operacionalmente como o número de gestações, incluindo filhos vivos, abortos e natimortos.

Primíparas são as gestantes em que a primeira gestação resultou em óbito neonatal no ano de 1998. Para multíparas, entendemos que são as gestantes que já haviam engravidado pelo menos uma vez antes da gestação incluída neste estudo.

4. RESULTADOS

Foram registradas 49 mortes neonatais no município de Florianópolis no ano de 1998.¹⁷ Os registros oficiais mostram que 40 ocorreram durante o período neonatal precoce, e as 9 restantes, no período neonatal tardio. A taxa de mortalidade neonatal foi de 8,9/1000 nascidos vivos.¹⁷(Precoce-7,3 e Tardia-1,6).

Cinco casos de gestação dupla foram registrados. Em um deles, ambos os fetos foram a óbito, e nos demais, um dos conceitos sobreviveu por no mínimo 28 dias, saindo do período neonatal. Portanto, as 49 mortes neonatais correspondem a 48 partos. A taxa de mortalidade neonatal para gestações duplas foi de 36,7/1000 gêmeos nascidos vivos em 1998.¹⁷

A mortalidade neonatal em Florianópolis no ano de 1998, mostrou predomínio absoluto de fatalidades no período precoce em relação ao tardio, porém com distribuição semelhante em relação ao sexo, conforme a figura 1.

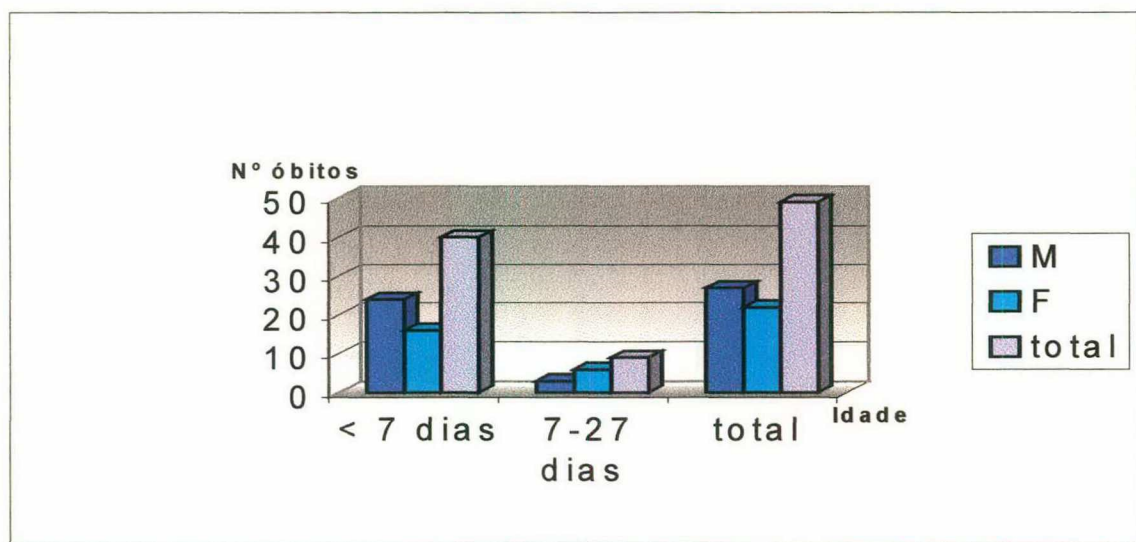


Figura 1 . Número absoluto de óbitos em relação ao sexo e período. Florianópolis, 1998.

Em relação à idade materna, encontramos 7 mães com idade entre 15 e 19 anos, 14 com idade entre 20 e 24 anos, 6 com idade entre 25 e 29 anos, o mesmo número para o intervalo de 30 a 34 anos e também 6 gestaram após 35 anos de idade (tabela I).

Tabela I - Número de óbitos e taxa de mortalidade neonatal por idade materna. Florianópolis, 1998.

Idade da mãe	Óbitos Neonatais	Taxa de mortalidade neonatal Por 1000 nascidos vivos
15-19	7	7,4
20-24	14	9,7
25-29	6	4,3
30-34	6	6,1
35 ou mais	6	11,1
Ignorada	10	-----
Total	48	8,9

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), 1998. Declarações de Óbito, 1998.

Constam nos registros 22 óbitos de fetos pesando até 999 gramas. Com peso entre 1000 e 1499 gramas o número diminuiu para 5 e, os que pesaram entre 1500 e 2499 gramas foram 4. Onze fetos pesaram mais de 2500 gramas. Em 7 casos informação sobre o peso ao nascer não estava disponível. A tabela II inclui as taxas de mortalidade para a variável peso ao nascer.

Um parto foi realizado em ambiente domiciliar, e um não foi esclarecido quanto à localidade. Os demais 46 se deram em ambiente hospitalar.

Em 51% dos casos, informações sobre renda familiar estão disponíveis. Com distribuição desigual, variam entre menos de um salário mínimo até mais de vinte salários mínimos, concentrando-se a maior parte das famílias com vencimentos entre 1 e 5 salários mínimos (tabela III).

Uma das mães não freqüentou o ensino elementar, ao passo que cinco passaram por curso superior e 19 completaram o 1º grau. Doze completaram o 2º grau e outros 13 casos não foram informados (Tabela).

Tabela IV – Distribuição materna segundo grau de instrução e taxa de mortalidade neonatal. Florianópolis, 1998.

Escolaridade	Gestantes	
	Número	Taxa
Sem Instrução	1	23,2
1º grau	19	6,3
2º grau	12	8,6
Superior	5	7,0
Não Informado	11	----
Total	48	8,6

Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) 1998.

A tabela V mostra o predomínio de primíparas relacionadas com óbito neonatal. Apesar do total de 49 óbitos neonatais, apenas 48 gestantes são contadas em razão de uma gestação dupla ter resultado em óbito de ambos os conceitos. Registramos ainda 2 gestantes com aborto prévio e outras 4 com gestação dupla em que apenas um feto faleceu.

Tabela II – Número absoluto de óbitos em relação ao peso ao nascer e taxa de mortalidade correspondente. Florianópolis, 1998.

Peso ao nascer	N.º de óbitos	Taxa de mortalidade neonatal
0 - 999g	22	647,0
1000-1499g	5	116,0
1500-2499g	4	10,6
2500-2999g	3	2,6
3000g e mais	8	2,1
não informados	7	-----
Total	49	8,9

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), 1998.

Tabela III – Renda familiar em salários mínimos(SM).

Renda	Número de famílias
Menos de 1 SM	1
1-5 SM	12
5-10 SM	4
10-15 SM	3
15- e mais	4
Sem informação	24
Total	48

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), 1998.

Tabela V - Relação entre paridade e número absoluto de óbitos neonatais. Florianópolis, 1998.

Paridade	Óbitos	Taxa
Primpíparas	21	8,3
Múltiparas	18	6,7
Não informada	9	----
Total	48	8,6

Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade(SIM)

Entre as causas de óbito, de acordo com o CID-10, as afecções originadas no período perinatal são as mais freqüentes, das quais os transtornos respiratórios e cardiovasculares específicos do período perinatal são os mais comuns, com 24 episódios. Neste grupo de doenças, estão incluídas: hipóxia intra-uterina, asfixia ao nascer, angústia respiratória do recém-nascido e síndrome de aspiração neonatal. Aqui também encontramos os transtornos cardiovasculares originados no período perinatal. O restante das afecções do período neonatal estiveram presentes em 14 casos. Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas causaram 10 óbitos, dos quais 3 em decorrência de malformações congênitas do aparelho circulatório.

Observamos também a variação mensal dos óbitos com maior incidência nos meses de Abril e Outubro, como demonstrado na figura 3

Vinte e cinco casos possuem informação sobre o tipo de parto, dos quais 18 foram espontâneos e 7 cesáreos. Os demais 23 óbitos não são especificados.

O número de semanas de gestação foi pesquisada a intervalos de até 21 semanas, com 2 casos, 22 a 27 semanas, com 5 casos, 28 a 36 semanas, com 14 casos, 37 a 41 semanas, com 2 casos e acima de 42 semanas, com 1 caso registrado. O número de não informados foi 24.

Tabela VI – Número de óbitos neonatais segundo a Causa (Cap. CID-10). Florianópolis, 1998.

Causa do óbito	Número de Óbitos
Afecções originadas no período perinatal	38
Malformações congênicas e deformidades e anormalidades cromossômicas	10
Causas externas de morbidade e mortalidade	1
Total	49

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).

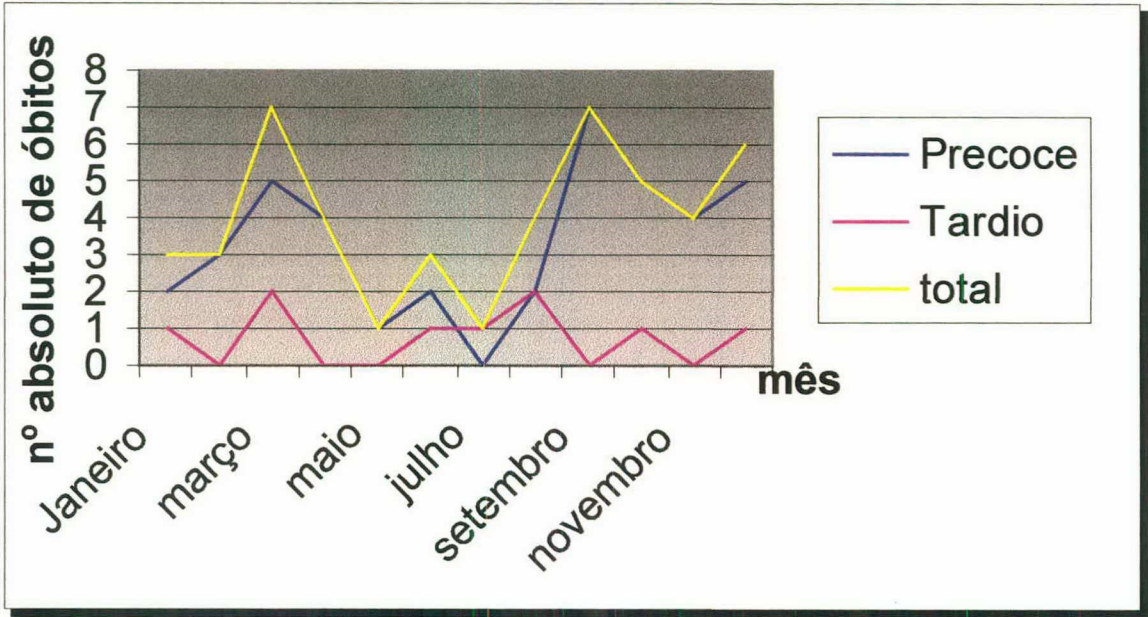


Figura 3 – Distribuição de óbitos neonatais por mês em Florianópolis no ano de 1998.

5. DISCUSSÃO

A mortalidade neonatal constitui um importante indicador de saúde, fazendo parte da mortalidade infantil. Mais do que isso, correspondeu, no ano de 1998, a 53% dos óbitos entre habitantes do município de Florianópolis com idade inferior a 5 anos¹⁷, merecendo assim, enfoque diferenciado.

Houve um predomínio absoluto de óbitos neonatais no período precoce no ano de 1998, com taxa de 7,6 óbitos por 1000 nascidos vivos enquanto a taxa no período tardio ficou em torno de 1,6 óbitos por 1000 nascidos vivos, mantendo a tendência dos anos de 1997 e 1996¹⁷. Leal⁶ descreveu o predomínio das mortes no período precoce já no ano de 1981, porém observou mais tarde que a tendência para predomínio de óbitos neonatais precoces tem aumentado a partir do início da atual década, confirmando as taxas encontradas neste estudo.

Influenciada por fatores biológicos e sociais, a mortalidade neonatal tem alguns fatores de risco associados já descritos^{2, 4-7, 20}, como baixo peso ao nascer, prematuridade, idade materna acima de 35 anos, sexo masculino, não realização ou má adesão ao pré-natal (menos de 5 consultas), tabagismo materno, diabetes materna²¹, além de baixa condição socio-econômica, e primiparidade, entre outros^{2, 5}.

A Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, através do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) procura, com a aplicação de questionário em domicílio no prazo de até um mês após o óbito¹⁵, associado à retenção de cópia da Declaração de Óbito ao encaminhá-lo para a Secretaria Estadual de Saúde, buscar o máximo de informações sobre a morte do recém nascido, bem como dados complementares com a família. Não há razão para que uma criança

nasça sem termos dados referentes à gestação. Os dados contidos neste questionário (anexo1), nos permitem ter noção das condições sócio-econômicas e grau de preocupação com a saúde por parte da gestante. São de grande utilidade informações como realização ou não de pré-natal, grau de escolaridade e profissão, todos relacionados à gestante. O campo “Informações de Moradia” abrange questões como fornecimento de água luz e destino do lixo, dando a possibilidade de uma noção acerca das condições de higiene em que vive a família do recém-nascido. A presença ou não de alguns bens materiais, avalia superficialmente o poder aquisitivo da mesma.

O questionário aplicado no ano de 1998 (anexo 1) difere do usado no presente ano (anexo2). Algumas informações importantes, como número de consultas de pré-natal, o fato de a gestante ser fumante ou não, além da duração da gestação em semanas foram adicionadas e serão de grande valia se devidamente coletadas. Acreditamos que a atualização do questionário, com perguntas referentes aos principais fatores de risco para mortalidade neonatal e infantil até um ano, será uma boa iniciativa para padronização dos dados . A devida orientação para coletá-los de maneira coesa por todos os entrevistadores seria tão importante quanto a própria iniciativa de criá-los.

Apesar da implantação da visita domiciliar com aplicação dos questionários, apenas 50% das famílias em que o óbito neonatal foi registrado foram entrevistadas. Os motivos para o insucesso das demais reside na mudança de endereço, endereço inexistente ou incorreto.

A renda familiar mensal está disponível em um campo específico, porém com uma ressalva: tomando como exemplo uma família de 6 pessoas, com vencimentos totais semelhante aos de uma família de 3 pessoas, temos que a renda *per capita* será o dobro para a segunda família em relação a primeira. O poder aquisitivo será maior, da mesma maneira que melhor será o padrão de

vida para lares com maior renda *per capita*. Faz-se necessária então, a descrição do número de pessoas que dependem da mesma renda.

Dividimos a renda familiar dos casos aqui pesquisados em salários mínimos. Novamente contamos com um número aquém do almejado, com dados de apenas 24 casos. Porém, mesmo nestes poucos exemplos, um contraste econômico ficou claro, com extremos de vencimentos entre R\$ 100,00 e R\$12.000,00. A maior incidência permaneceu no intervalo de 1 a 5 salários mínimos. Cabe ressaltar que baixas condições sócio-econômicas são fatores de risco descritos na literatura para enfatizar a importância deste indicador.^{3, 7}

Menezes³, constatou que a realização de exames de pré-natal é diretamente relacionada com o óbito neonatal. Gestantes com menos de 5 consultas, número este recomendado pela Organização Mundial da Saúde, estão em maior risco para mortalidade neonatal³, o que demonstrou a importância do seguimento completo das consultas. Em nosso estudo, informações sobre o pré-natal são precárias, uma vez que o questionário aplicado alcançou apenas 25 das 48 entrevistas planejadas, assim como tampouco há registro do número de consultas realizadas. Deste total entrevistado, a maior parte (19 gestantes) realizou consultas de pré-natal, porém a assiduidade não foi aferida. Como mencionado anteriormente, o questionário do corrente ano indaga sobre o número de consultas realizadas.

Dados sobre a duração da gestação em semanas estão presente na Declaração de óbito (anexo3), porém em intervalos longos, como por exemplo, 28-36 semanas. Lissauer⁹ descreve que o número de complicações e a intensidade das mesmas diminuem com o aumento da idade gestacional e cita ainda que o termo após 32 semanas de gestação, com o advento da UTI neonatal, conquistou excelente prognóstico.

Tivemos apenas 24 casos com dados referentes à idade gestacional, dos quais 14 encontravam-se entre a 28ª e 36ª semana de amenorréia. Não sabemos

ao certo se havia ou não fetos com mais de 32 semanas neste grupo. Uma alta taxa de mortalidade para nascidos vivos acima desta idade gestacional pode servir de alerta para revisão de procedimentos em UTI neonatal. Constatou-se também que o preenchimento da Declaração de Óbito (DO) é muitas vezes incompleto, com o espaço reservado a informações referentes a óbito fetal ou de menor de um ano (item III da DO), em branco. Apesar das poucas informações sobre semanas de gestação, vimos através do atestado médico(item IV da DO), que prematuridade foi a situação mais encontrada como causa da doença que diretamente levou o conceito a morte.

A assistência médica perinatal é de extrema importância tanto para intervenção após o termo, quanto para predição de condições adversas durante toda a gestação e também durante o trabalho de parto, quando medidas simples podem modificar o prognóstico do conceito.²²

Asfixia perinatal pode resultar em insuficiência respiratória. A realização de exames de Cardiotocografia avalia a possibilidade de hipóxia perinatal. Com 40% de resultados falso positivos, possui baixa especificidade. Porém, como fator tranquilizante, possui alta sensibilidade, com resultado falso negativo em apenas 1% dos exames A aferição de batimentos cardíacos fetais com sonar simples antes, durante e após as contrações, em meio ao trabalho de parto, sugerem a condição atual do feto. Caso esteja alterado, em taqui ou bradicardia, o diagnóstico de sofrimento fetal agudo deve ser descartado⁸. São medidas de baixo custo para o serviço que podem alterar o destino do recém-nascido, que já poderá ser esperado por uma equipe preparada para possíveis intercorrências.

Algumas malformações congênitas são passíveis de identificação com o feto intra-útero. A ultra-sonografia (USG), exame não invasivo e sem efeitos colaterais, tem a possibilidade de detectar a maioria das malformações estruturais. Manning¹⁰ relata que o reconhecimento de fetos com alto risco para complicações intra-útero através da USG é de grande valia no sentido de

prevenir a equipe responsável das possíveis complicações, que agora podem ser evitadas. O emprego do Doppler colorido facilitou o diagnóstico de anomalias cardiovasculares ²³

O sexo masculino foi o mais encontrado, porém, em número pouco superior. As taxas mostraram 10 óbitos por 1000 nascidos vivos para o sexo masculino e 8,3 para o sexo feminino. A literatura¹ confirma o predomínio do sexo masculino em mortes neonatais.

Gestação após 35 anos de idade é fator de risco comprovado¹ para morte neonatal. O Sistema de Informação sobre Mortalidade através do DATASUS⁷, fornece dados sobre a idade materna, no entanto, para gestantes acima de 20 anos de idade, o intervalo de contagem é de 10 em 10 anos, não sendo possível saber ao certo quantas gestantes teriam 35 anos ou mais. Dados específicos em relação à idade das gestantes foram colhidos junto as Declarações de Óbito e questionários aplicados pela Secretaria Municipal de Saúde. Além disso, o número de gestantes sem informações sobre a idade perfaz um percentual muito alto com aproximadamente 18% do total.

Como apenas 2 dos 48 partos que fazem parte deste estudo aconteceram em ambiente domiciliar, os demais foram realizados em ambiente hospitalar. A falta de informação sobre a idade das gestantes pode residir no momento do atendimento pelo preenchimento incorreto e/ou incompleto de formulários de controle pelos próprios profissionais da saúde, prática bastante comum em nossas instituições.

Sabe-se⁴ que o risco de morte perinatal em gestações múltiplas é aproximadamente 5 vezes maior, comparando-se a gestações únicas com fetos pesando acima de 2500g. Curiosamente, encontramos na literatura que fetos de gestações múltiplas pesando entre 500g e 2499g, têm menor incidência de morte perinatal se comparados a fetos de gestações únicas de peso equivalente⁸. Em nosso estudo, encontramos uma gestante em que a gestação de gemelares

incorreu no óbito de ambos. Outras 4 gestações duplas ocasionaram a morte de apenas um dos conceptos no período neonatal. Todos pesavam menos de 1500g (530g-1350g) e os eventos que causaram os óbitos, nestes 6 casos em particular, ocorreram devido a prematuridade, com idades gestacionais dentro do intervalo de 22 a 36 semanas. A realização do pré-natal possibilita a identificação de gestações múltiplas, e o peso fetal acima de 2500 gramas é sinal de alerta para o manejo mais cuidadoso da gestação ⁴

Baixo peso ao nascer é uma variável relacionada ao recém-nascido que está intimamente ligada à mortalidade neonatal. Tariq⁷, em estudo recente, analisou 268 óbitos neonatais e encontrou, em 68% dos casos, a contribuição de baixo peso ao nascer e que destes, 74% eram pré-termo. No entanto, o agente causador do baixo peso é que deve ser reconhecido e prevenido. Existem fatores maternos que levam ao óbito neonatal por ocasionar um feto de baixo peso, como tabagismo durante a gestação. Terrin,⁹ em um estudo canadense, analisou 31.788 nascimentos, constatando aumento da mortalidade perinatal geral em torno de 27% para filhos de gestantes fumantes. Mais uma vez, não dispomos de dados sobre o hábito do tabagismo entre as gestantes para o ano de 1998. O questionário de 1999 já foi modificado a esse respeito. Fatores maternos associados a óbitos de fetos com baixo peso incluem também diabetes materna e primiparidade, entre outros.

Forssas et al.² concluíram que primiparidade constitui fator de risco para morte neonatal. Nesta série, a taxa de mortalidade segundo a paridade foi maior para as primíparas em relação a multíparas.

O grau de instrução materna *per se* não foi referido na literatura como risco direto para aumento de mortalidade neonatal. No entanto, espera-se que quanto mais instruída a gestante, maior a consciência e nível de responsabilidade em relação à gestação. Este estudo registrou apenas uma paciente sem instrução, porém o número de não informados foi alto, com 13 casos. A taxa de

mortalidade, segundo a instrução, foi maior para gestantes com 2º grau e formação superior quando comparadas à taxa de gestantes com 1º grau, muito embora as 3 taxas sejam semelhantes. Estes resultados, provavelmente, são consequência do pequeno número de casos.

O SINASC tem uma ótima estatística de nascidos vivos segundo tipo de parto. Em 5503 partos registrados, apenas 1 não foi informado segundo esta variável. Do contrário, o registro de óbitos neonatais segundo tipo de parto possui 23 casos sem registro de um total de 48 partos. Entre os 25 registrados, 18 foram submetidas a parto espontâneo, e 7 submetidas a parto operatório. O cálculo de taxas ficou prejudicado pelo número de incógnitas.

Em face ao grande número de variáveis importantes sem a devida notificação, vale expor que o Hospital Universitário, única instituição de saúde do município filiada ao Centro Latino-Americano de Perinatologia e Desenvolvimento Humano, faz uso nos ambulatórios de pré-natal e na maternidade de formulário (anexo 4) por essa instituição. Trata-se de uma padronização para o registro da história clínica perinatal do binômio mãe-criança. Há espaço para identificação e localização da mãe, grau de instrução, estado civil e antecedentes médicos familiares, pessoais e obstétricos. Informações sobre a gestação atual incluem tabagismo, inclusive com número de cigarros por dia, além de espaço para anotação das consultas de pré-natal.

Informações referentes ao parto constam como semanas de gestação em que ocorreu, tipo de parto e nível de atenção recebido.

Em relação ao recém-nascido, o CLAP fornece dados relativos ao sexo, peso ao nascer e idade em semanas pelo exame físico entre outros.

Trata-se de um formulário prático, com boa carga de informações de interesse ao estudo da mortalidade neonatal, que é usado somente na maternidade do Hospital Universitário, sendo portanto não apropriado para estudos de âmbito municipal.

A adoção do formulário da CLAP como documento obrigatório nos registros médicos em hospitais, maternidades, e qualquer outra entidade além de ser uma fonte padronizada de informação, apresenta baixo custo para sua aplicação.

A mortalidade neonatal mostrou-se um indicador de saúde passível de redução em razão dos fatores associados, como hábitos maternos e cuidados rotineiro com a saúde, os quais todas as pessoas, gestantes ou não deveriam tomar.

Os resultados desta série foram claros ao mostrar que a maior parte dos óbitos neonatais ocorreram no período precoce. A assistência ao parto está fortemente ligada à morbidade nesta época da vida¹⁹, de modo que mesmo com todo cuidado que a gestante possa tomar durante o pré-natal, o momento do parto é crítico. O serviço prestado deve ser de alta qualidade, com utilização de todos os recursos possíveis.

O parto constitui-se em rotina para os profissionais da saúde, no entanto é o momento mais esperado pela gestante.

6. CONCLUSÕES

A mortalidade neonatal em Florianópolis no ano de 1998, concentra-se principalmente no período neonatal precoce, com predomínio para o sexo masculino.

Transtornos respiratórios e cardiovasculares são as principais causas de óbito.

Idade materna acima de 35 anos e peso ao nascer abaixo de 1499 gramas possuem taxas elevadas de mortalidade neonatal, com taxas especialmente elevadas para conceptos com peso ao nascer abaixo de 999 gramas.

Primíparas são mais sujeitas a óbito neonatal em relação à múltiparas.

Idade gestacional em semanas, importante indicador de mortalidade neonatal, não conta com informações satisfatórias

O questionário aplicado no ano de 1998, em visita domiciliar não pesquisou indicadores importantes para mortalidade neonatal como tabagismo, número de consultas de pré-natal, idade gestacional, presentes no novo questionário.

Doenças maternas associadas não foram incluídas nos questionários.

A entrevista domiciliar realizada pela Secretaria Municipal de Saúde não obteve dados uniformes através do questionário do Sistema de Informação sobre Mortalidade, alcançando pouco mais da metade da população alvo.

7. REFERÊNCIAS

- 1.DATASUS: apresentação geral dos sistemas. Brasília Ministério da Saúde.; 1999.
- 2.Forssas E, Gissler M, Sihvonon M, Hemminki E. Maternal predictors of perinatal mortality: the role of birthweight. *Int J Epidemiol* 1999;28(3):475-8.
- 3.Ana M. B. Menezes FCB, Cesar G. Victora, Elaine Tomasi, Ricardo Halpern, André L. B. Oliveira. Fatores de risco para mortalidade perinatal em Pelotas, RS, 1993. *Revista de Saúde Pública* 1998;32(3):209-16.
- 4.Minakami H, Sato I. Birth-weight-specific perinatal mortality in Japan, 1989-1993: singleton versus multifetal pregnancies. *Gynecol Obstet Invest* 1999;48(1):38-42.
- 5.Sweeney PJ. A comparison of low birth weight, perinatal mortality, and infant mortality between first and second births to women 17 years old and younger. *Am J Obstet Gynecol* 1989;160(6):1361-7; discussion 1367-70.
- 6.Szwarcwald MdCLLeCL. Características da Mortalidade neonatal no Estado do Rio de Janeiro na década da 80: uma visão espaço temporal. *Rev. Saúde Pública* 1997;31(5):457-65.
- 7.Tariq P, Kundi Z. Determinants of neonatal mortality [In Process Citation]. *JPMMA J Pak Med Assoc* 1999;49(3):56-60.
- 8.Cordoni G. Sofrimento fetal. In: Manual de Terapêutica -Ginecologia e Obstetrícia. 2º ed. Florianópolis; 1999. p. 365-7.
- 9.Lissauer T. Medicina Perinatal. In: Koogan G, editor. Manual Ilustrado de Pediatria. Rio de Janeiro: Mosby; 1998. p. 83-95.

- 10.Manning fA. Ultrassonographpy. In: Avery GB, editor. Neonatology - Pathophysiology and Management of the Newborn. 4° ed. Philadelphia: lippincott Company; 1994. p. 154-70.
- 11.Montenegro CAb. Sofrimento Fetal Agudo. In: Koogan G, editor. Obstetrícia. 6° ed. Rio de janeiro: José Rezende; 1991. p. 761-71.
12. . Plano Municipal de Saúde Social. Secretaria Municipal de Saúde e Desenvolvimento: gestão 1997-2000. Florianópolis; 1997.
- 13.Terrin M, Meyer MB. Birth weight-specific rates as a bias in the effects of smoking and other perinatal hazards. Obstet Gynecol 1981;58(5):636-8.
- 14.Kennel MHKeJH. Assistência aos Pais. In: Koogan G, editor. Alto risco em Neonatologia. 4° ed. Rio de Janeiro; 1995. p. 139-51.
- 15.Barros FAC. Contribuição ao estudo da mortalidade infantil em Florianópolis. In.; 1998. p. 31.
16. Contagem de População 1996. Rio de janeiro: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 1997.
- 17.Sistema de Informação sobre Mortalidade: Ministério da Saúde; Secretaria Estadual de Saúde; Secretaria Municipal de Saúde e Desenvolvimento Social. Página web acessível em: URL: <http://www.saúde.sc.gov.br/> em 28/10/1999.
- 18.USP E, editor. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 2° ed. São Paulo; 1995.
- 19.Pereira MG. Mortalidade. In: Koogan G, editor. Epidemiologia teoria e prática. 1° ed. Rio de Janeiro; 1997. p. 596.
- 20.Minakami H, Izumi A, Sato I. Gestational age-specific normal birth weight for Japanese twins. Risk of early neonatal death in small-for-gestational-age and large-for- gestational-age twins. J Reprod Med 1999;44(7):625-9.
- 21.Jensen DM, Beck-Nielsen H, Westergaard JG, Pedersen LM, Damm P. [The clinical impact of gestational diabetes mellitus]. Ugeskr Laeger 1999;161(36):5000-4.

22. John F. Huddleston RKF, Lawrence Nathan. Estimation of fetal Well Being. In: Mosby, editor. Neonatal - Perinatal Medicine. St Louis; 1997. p. 109-30.
23. Gonçalves LldA. Ultrassonografia em Obstetrícia. In: Manual de Terapêutica Ginecologia e Obstetrícia. Florianópolis; 1999. p. 177-82.

RESUMO

Para traçar o perfil da mortalidade neonatal em Florianópolis no ano de 1998 em seus componentes precoce e tardio, realizou-se um estudo de corte transversal observacional e descritivo onde foram analisadas variáveis relacionadas ao conceito e à gestante calculando a taxa de mortalidade neonatal correspondente.

Foram pesquisados, em relação ao conceito, dados acerca do período de ocorrência, sexo, peso ao nascer e causa da morte. No que diz respeito à gestante, informações sobre renda, escolaridade, idade, tempo de gestação, tipo e local do parto e paridade foram avaliadas.

Percebemos predomínio de óbitos no período neonatal precoce. São fatores associados com maior mortalidade neonatal o baixo peso ao nascer e sexo masculino. A *causa mortis* mais encontrada relaciona-se aos transtornos respiratórios e cardiovasculares.

Gestantes acima de 35 anos possuem a mais alta taxa de mortalidade neonatal por faixa etária. Primíparas estão mais relacionada à morte neonatal quando comparadas à múltiparas.

Tabagismo, menos de 5 consultas de pré-natal, baixas condições sócio-econômicas e diabetes mellitus materna são fatores de risco para mortalidade neonatal que não puderam ser estudados por falta de informações satisfatórias.

Otimização do Serviço de Informação sobre Mortalidade e métodos mais eficientes de coleta de dados são propostos pelo autor.

SUMMARY

In order to compound the profile of the neonatal mortality in Florianópolis during the year of 1998 in both, early and late periods. Variables related to the newborn and the pregnant were studied and the corresponding neonatal mortality rate was determined.

As far as the newborn was concerned, data about the period of death, sex, birth-weight, and cause of death was studied. About the mother, wages, school degrees, age, pregnancy duration, type and place of labor, and parity were evaluated.

Death during the early neonatal period was predominant. Higher neonatal mortality rates were associated with low birth-weight and males. Respiratory and cardiovascular disorders were the most common cause of death.

Higher mortality rates are associated with pregnancy aging above 35. Primiparous are more likely to have a neonatal death than multiparous.

Smoking, less than 5 appointments when pregnant, low socio-economic conditions and maternal diabetes are risk factors for neonatal mortality that were not studied because of poor data.

Better data collection and better type of informations are suggested by the author.

ANEXO I

PREFEITURA DE FLORIANÓPOLIS - SAÚDE SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

S I M - INFANTIL

INFORMAÇÕES DA MÃE									
Nome:					Idade:		Número de Filhos:		
Local do Pré-Natal:					Período de Amamentação:				
Natural (Município de Nascimento):							Código:		
Município que Morava antes de vir para Florianópolis:							Código:		
Tempo de Moradia em Florianópolis:			Anos		Meses		Dias		
Motivo que veio Morar em Florianópolis:							Código:		
Município(s) de Moradia durante a Gestação:							Código:		
Tempo de Moradia em Florianópolis durante a Gestação			Todo o Tempo		ou Meses		ou Dias		
Grau de Escolaridade:							Código:		
Profissão:			Código:		Emprego:			Código:	
Tempo de Serviço no Último Trabalho:			Anos		Meses		Dias		
Local do Trabalho:					Município:			Código:	

INFORMAÇÕES DA CRIANÇA	
Município de Nascimento:	Código:
Maternidade de Nascimento:	Código:
Tempo de Moradia após o Nascimento até o Óbito: Em Florianópolis () Outro Município ()	
Unidade de Saúde que Atendeu a Criança:	Código:
Número de Consultas que compareceu no Centro de Saúde:	
Foi Agendada Consulta pelo Capital Criança: [] Sim [] Não	
Estava Inscrita no Programa Hora de Comer: [] Sim [] Não	
Tinha Caderneta de Saúde: [] Sim [] Não	O esquema de Vacina estava em Dia: [] Sim [] Não
Últimos Atendimentos: Posto/Centro de Saúde [] Hospitais [] Outros []	

INFORMAÇÕES DE MORADIA							
Tipo de Energia Elétrica:		Código:		Destino do Lixo:		Código:	
Abastecimento D'água:		Código:		Tratamento D'água:		Código:	
Carro []	Moto []	Geladeira []	Fogão []	Rádio []	TV []	Computador []	Micro Ondas []

Renda Familiar Mensal: R\$

Entrevistador		Enfermeira(o) Responsável	
Nome:	Data da Entrevista	Carimbo ou Nome:	
Categoria:	Código:	Assinatura:	

ANEXO II

PREFEITURA DE FLORIANÓPOLIS - SAÚDE
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE E DESENVOLVIMENTO SOCIAL
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



S I M - I N F A N T I L

INFORMAÇÕES DA MÃE									
Nome:					Idade:		Número de Filhos:		
Local do Pré-Natal:		Nº Consultas			Período de Amamentação:				
Nº Ultrason Realizados:		Duração Gestação: _____ Semanas			Tipo Parto:				
Filhos Tidos:		Nascidos Vivos:		Nascidos Mortos:		Fumante [] Sim [] Não			
Natural (Município de Nascimento):							Código:		
Município que Morava antes de vir para Florianópolis:							Código:		
Tempo de Moradia em Florianópolis:			Anos		Meses		Dias		
Motivo que veio Morar em Florianópolis:							Código:		
Município(s) de Moradia durante a Gestação:							Código:		
Tempo de Moradia em Florianópolis durante a Gestação			Todo o Tempo		ou Meses		ou Dias		
Grau de Escolaridade:							Código:		
Profissão:			Código:		Emprego:			Código:	
Tempo de Serviço no Último Trabalho:			Anos		Meses		Dias		
Local do Trabalho:					Município:		Código:		


INFORMAÇÕES DA CRIANÇA									
Nº DN:		Município de Nascimento:					Código:		
Local de Nascimento:						Código:			
Tempo de Moradia após o Nascimento até o Óbito: Em Florianópolis () Outro Município ()									
Unidade de Saúde que Atendeu a Criança:						Código:			
Foi Agendada Consulta pelo Capital Criança: [] Sim [] Não									
Número de Consultas que compareceu no Centro de Saúde:									
Estava Inscrição no Programa Hora de Comer: [] Sim [] Não Tinha Caderneta Saúde: [] Sim [] Não									
O esquema de Vacina estava em Dia: [] Sim [] Não [] Não se Aplica									
Últimos Atendimentos: Posto/Centro de Saúde [] Hospitais [] Outros []									

INFORMAÇÕES DE MORADIA									
Tipo de Energia Elétrica:			Código:		Destino do Lixo:			Código:	
Abastecimento D'água:			Código:		Tratamento D'água:			Código:	
Carro []	Moto []	Geladeira []	Fogão []	Rádio []	TV []	Computador []	Micro Ondas []		

Renda Familiar Mensal: R\$

Entrevistador		Enfermeira(o) Responsável	
Nome:	Código:	Data da Entrevista	Carimbo ou Nome:
Categoria:		/ /	Assinatura:

ANEXO III

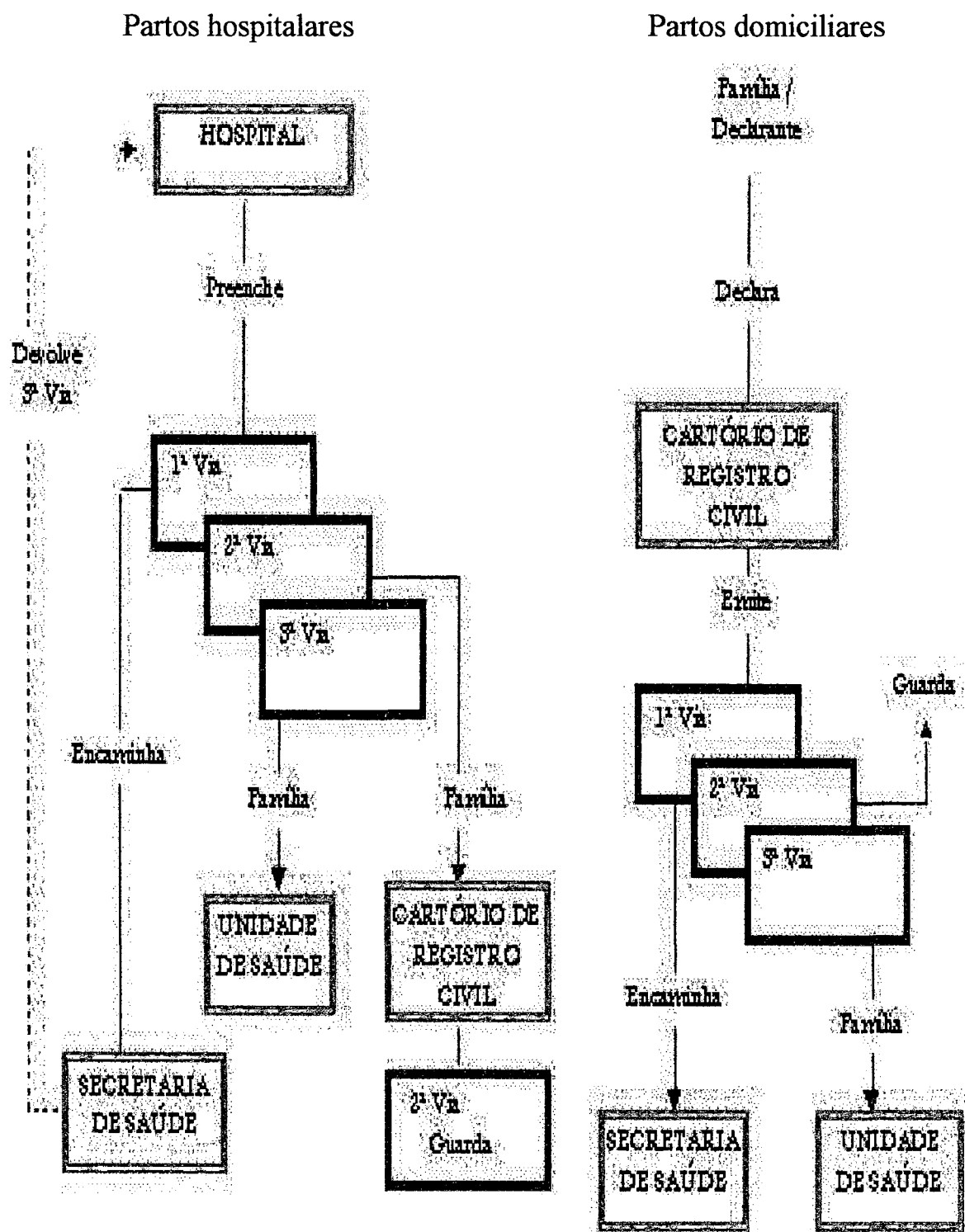
 REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE <small>SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA</small>		DECLARAÇÃO DE ÓBITO Nº 0299650	
UF: _____		CARTÓRIO DE Nº DO REGISTRO: _____	
DATA DO REGISTRO: _____			
IDENTIFICAÇÃO DO FALECIDO			
TIPO DE ÓBITO <input type="checkbox"/> 1. NATURAL <input type="checkbox"/> 2. ACIDENTAL		NOME: _____	
ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> 1. SOLTEIRO <input type="checkbox"/> 2. CASADO <input type="checkbox"/> 3. VIÚVO <input type="checkbox"/> 4. REPARADO <input type="checkbox"/> 5. OUTRO		SEXO <input type="checkbox"/> 1. MASC <input type="checkbox"/> 2. FEM <input type="checkbox"/> 3. IGNORADO	
LOCAL DE OCORRÊNCIA <input type="checkbox"/> 1. HOSPITAL <input type="checkbox"/> 2. DOMICÍLIO <input type="checkbox"/> 3. VIA PÚBLICA <input type="checkbox"/> 4. OUTRO		DATA NASC.: _____ IDADE: _____	
NOME DO ESTABELECIMENTO: _____		CÓD. ESTAB.: _____	
ENDEREÇO: Rua Avenida Barro de: _____		SETOR CENSITÁRIO: _____	
RESIDÊNCIA HABITUAL: Rua Número Barro de: _____		MUNICÍPIO: _____	
OCUPAÇÃO HABITUAL DO FALECIDO <small>(Se aposentado, indicar também a ocupação anterior)</small>		NATURALIDADE: _____	
FILIAÇÃO: _____		GRAU DE INSTRUÇÃO <input type="checkbox"/> 1. NENHUM <input type="checkbox"/> 2. 1ª GRAU <input type="checkbox"/> 3. 2ª GRAU <input type="checkbox"/> 4. SUPERIOR <input type="checkbox"/> 5. IGNORADO	
NOME DO PAI: _____		NOME DA MÃE: _____	
ÓBITO FETAL OU MENOR DE 1 ANO			
PAI: _____		GRAU DE INSTRUÇÃO <input type="checkbox"/> 1. NENHUM <input type="checkbox"/> 2. 1ª GRAU <input type="checkbox"/> 3. 2ª GRAU <input type="checkbox"/> 4. SUPERIOR <input type="checkbox"/> 5. IGNORADO	
MÃE: _____		GRAU DE INSTRUÇÃO <input type="checkbox"/> 1. NENHUM <input type="checkbox"/> 2. 1ª GRAU <input type="checkbox"/> 3. 2ª GRAU <input type="checkbox"/> 4. SUPERIOR <input type="checkbox"/> 5. IGNORADO	
Nº DE FILHOS VIVOS: _____		DURAÇÃO DA GESTAÇÃO: _____	
Nº DE FILHOS MORTOS: _____		GRAVIDEZ: _____	
PARTO: <input type="checkbox"/> 1. ESPONTÂNEO <input type="checkbox"/> 2. OPERATÓRIO <input type="checkbox"/> 3. FORÇADO <input type="checkbox"/> 4. OUTRO <input type="checkbox"/> 5. IGNORADO		MORTE EM RELAÇÃO AO PARTO: <input type="checkbox"/> 1. ANTES <input type="checkbox"/> 2. DURANTE <input type="checkbox"/> 3. DEPOIS <input type="checkbox"/> 4. IGNORADO	
PESO AO NASCER: _____		PÉQUENO AO NASCER: <input type="checkbox"/> 1. SIM <input type="checkbox"/> 2. NÃO <input type="checkbox"/> 3. IGNORADO	
RECEBEU ASSISTÊNCIA MÉDICA DURANTE A DOENÇA QUE OCASIONOU A MORTE? <input type="checkbox"/> 1. SIM <input type="checkbox"/> 2. NÃO <input type="checkbox"/> 3. IGNORADO		O MÉDICO QUE ASSINA ATENDEU AO FALECIDO? <input type="checkbox"/> 1. SIM <input type="checkbox"/> 2. NÃO <input type="checkbox"/> 3. IGNORADO	
O MÉDICO QUE ASSINA ATENDEU AO FALECIDO? <input type="checkbox"/> 1. SIM <input type="checkbox"/> 2. NÃO <input type="checkbox"/> 3. IGNORADO		O MÉDICO QUE ASSINA ATENDEU AO FALECIDO? <input type="checkbox"/> 1. SIM <input type="checkbox"/> 2. NÃO <input type="checkbox"/> 3. IGNORADO	
CAUSA DA MORTE (Anotar ao fim diagnóstico do médico)		ÓBITO FEMININO EM IDADE FÉRTIL? <input type="checkbox"/> 1. SIM <input type="checkbox"/> 2. NÃO <input type="checkbox"/> 3. IGNORADO	
PARTE I DOENÇA OU ESTADO MORBIDO QUE CAUSOU DIRETAMENTE A MORTE: _____		INTERVALO ENTRE AS DOENÇAS: _____	
CAUSAS ANTECEDENTES ESTADOS MORBIDOS SE EXISTIREM QUE PRODUZIRAM A CAUSA ACIMA REGISTRADA MENCIONANDO-SE EM ÚLTIMO LUGAR A CAUSA BÁSICA		CID: _____	
PARTE II OUTROS ESTADOS PATOLÓGICOS SIGNIFICATIVOS QUE CONTRIBUÍRAM PARA A MORTE, PORÉM NÃO MENCIONADOS COMO A DOENÇA OU ESTADO PATOLÓGICO QUE PRODUZIU		CID: _____	
NOME DO MÉDICO: _____		CRM: _____	
ENDEREÇO DO MÉDICO: _____		DATA DO ATESTADO: _____	
TEL.: _____		ASSINATURA: _____	
CAUSAS EXTERNAS			
MORTE NÃO NATURAL: _____			
PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DA MORTE			
TIPO: <input type="checkbox"/> 1. HOMICÍDIO <input type="checkbox"/> 2. SUICÍDIO <input type="checkbox"/> 3. ACIDENTE <input type="checkbox"/> 4. OUTRO <input type="checkbox"/> 5. IGNORADO		SE ACIDENTE ANOTAR O NÚMERO CORRESPONDENTE AO TIPO: <input type="checkbox"/> 1. ATRÓPELAMENTO <input type="checkbox"/> 2. DEMAIS ACID. TRANSITO <input type="checkbox"/> 3. QUEDA <input type="checkbox"/> 4. AFOGAMENTO <input type="checkbox"/> 5. OUTRO <input type="checkbox"/> 6. IGNORADO	
FONTE DE INFORMAÇÃO: <input type="checkbox"/> 1. BUL. OCOR. <input type="checkbox"/> 2. HOSPITAL <input type="checkbox"/> 3. FAMÍLIA <input type="checkbox"/> 4. OUTRA <input type="checkbox"/> 5. IGNORADO		ACIDENTE DE TRABALHO: <input type="checkbox"/> 1. SIM <input type="checkbox"/> 2. NÃO <input type="checkbox"/> 3. IGNORADO	
LOCAL DO ACIDENTE: <input type="checkbox"/> 1. TRANSITO <input type="checkbox"/> 2. DOMICÍLIO <input type="checkbox"/> 3. LOC. TRAB. <input type="checkbox"/> 4. OUTRO <input type="checkbox"/> 5. IGNORADO		OBS.: INFORMAÇÕES DE CARÁTER EPIDEMIOLÓGICO	
DECLARANTE: _____			
1ª TESTEMUNHA: _____			
2ª TESTEMUNHA: _____			
CEMITÉRIO: _____			
CEMITÉRIO EM QUE SERÁ ENTERRADO: _____			
MUNICÍPIO: _____			

ANEXO IV

Esta cor significa ALERTA

ANEXO V

FLUXO DAS DECLARAÇÕES DE NASCIDOS VIVOS



TCC
UFSC
SP
0010

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC SP 0010

Autor: Peressoni, Maurici

Título: Perfil da mortalidade neonatal e



972808311

Ac. 254089

Ex.1 UFSC BSCCSM